Приложение № 1

 к Постановлению Правительства № 1291

 от 2 декабря 2016 г.

**НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА**

**противоракового контроля на 2016-2025 годы**

**I. Введение**

* + - 1. Рак является проблемой общественного здравоохранения высшего порядка, как на глобальном, региональном, так и национальном уровне. Раковые заболевания – главная причина смертности во многих странах с высоким уровнем жизни и основная причина заболеваемости и смертности в большинстве стран мира. Как группа заболеваний, рак является самой главной причиной смертности на мировом уровне, опережая статистику ишемической болезни сердца или – любой другой группы специфических заболеваний.

2. В Республике Молдова рак представляет те же проявления, что и повсеместно в мире, и занимает второе место среди основных причин смертности населения (после заболеваний системы кровообращения). Характерными для нашей страны являются позднее выявление опухолей в около половины случаев и сосредоточение услуг специализированного лечения в муниципии Кишинэу. Это отрицательно сказывается на шансах больного на выживание, в том числе в связи с возрастанием стоимости лечения и других социальных стоимостей, сопутствующих заболеванию: исключение заболевших из социально-экономической деятельности, уход, время и ресурсы со стороны других членов семьи, транспорт и пр.

3. Бремя рака в Республике Молдова определяется наличием факторов риска (курение, потребление алкоголя, нездоровое питание, ограниченная физическая активность и др.), что является причиной значительной части случаев рака, запоздалое выявление заболевания, ограниченный доступ к комплексным услугам по лечению, в том числе к паллиативным услугам. Отсутствие функционального Канцер-регистра, отвечающего требованиям Международного агентства по изучению рака (МАИР), не позволяет проводить в Республике Молдова качественное наблюдение за онкологическими больными с реальной оценкой ситуации и принятием решений, основанных на учетной информации.

4. Таким образом, Правительство Республики Молдова, Национальная компания медицинского страхования начали разработку с последующим внедрением Национальной программы противоракового контроля на 2016-2025 годы, целью которой является снижение бремени этой болезни для общества в целом для человека в частности.

**II. Анализ ситуации.**

**Бремя рака и факторов риска**

5. Бремя заболеваемости раком – серьезная проблема здравоохранения на мировом, региональном и национальном уровне. В 2012 году в мире было зарегистрировано 14,1 миллиона новых случаев заболеваемости раком, а 8,2 миллиона человек скончались от этого недуга. По оценкам экспертов, к 2025 году заболеваемость раком в мире возрастет до 19,3 миллиона, а смертность – до 11,4 миллиона человек. В некоторых странах, риск развития рака до 75-летнего возраста может достигнуть в некоторых странах 35% (более 1 человека из 3). Мужчины чаще заболевают раком легких, за ним следует рак толстого кишечника, печени. В структуре смертности от рака у мужчин выделяется высокий процент рака легких, а также рака печени и толстого кишечника. У женщин самой распространенной формой является рак молочной железы, за которой следует рак толстого кишечника, шейки матки и легких.

6. Общая экономическая стоимость противостояния раковым заболеваниям на мировом уровне в 2010 году была оценена в примерно 1160 миллиардов долларов США. Агентство по исследованиям в здравоохранении и качеству (AHQR) оценило, что в 2011 году прямые медицинские затраты на лечение онкологических больных в США составили 88,7 миллиарда долларов (около 0,6% от ВВП).

7. В 2012 году в европейском регионе было зарегистрировано 3,5 миллиона новых случаев заболевания раком и 1,9 миллиона смертельных исходов в результате раковых болезней, с неравномерной географической локализацией. Новообразования являются причиной около 20% случаев смертей в регионе, варьируя от 5% в одних европейских странах до более 30% - в других. В структуре раковых заболеваний в Европе на первом месте находится рак легких, за ним следует рак молочной железы, толстого кишечника, простаты. Наиболее частой причиной смертности является рак легких, толстого кишечника и желудка.

8. В Республике Молдова опухоли занимают второе место среди основных причин смертности, в связи с чем ежегодно насчитываются около 2800 преждевременно потерянных лет жизни (YLL). Так же, как и в большинстве европейских стран, заболеваемость и смертность от рака продолжают постоянно расти, а по сравнению с 1970 годом эти показатели удвоились (рис. 1).



***Рис. 1.*** *Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в Республике Молдова на каждые 100 тыс. населения, 1970-2014 годы*

9. В 2014 году было зарегистрировано 8860 новых случаев рака и 5972 случая смерти по этой причине. Структура заболеваемости раком по возрастным категориям в Республике Молдова совпадает с аналогичной картиной в европейских странах, когда самые многочисленные онкологические больные отмечаются в наиболее возрастных группах населения (таблица). Данная динамика характерна для представителей обоих полов.

**Заболеваемость раком в ряде стран по признаку возраста, на 100 тыс. населения, 2007 год**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страна | № | 0- | 5- | 10- | 15- | 20- | 25- | 30- | 35- | 40- | 45- | 50- | 55- | 60- | 65- | 70- | 75- | 80- | 85+ |
| Болгария  | 29991 | 18 | 14 | 12 | 15 | 22 | 40 | 71 | 111 | 194 | 307 | 474 | 685 | 866 | 1045 | 1203 | 1269 | 1195 | 1045 |
| Украина  | 143909 | 19 | 11 | 10 | 16 | 22 | 39 | 67 | 103 | 171 | 281 | 429 | 640 | 821 | 923 | 1104 | 943 | 801 | 508 |
| Латвия  | 9403 | 24 | 6 | 13 | 3 | 17 | 29 | 49 | 90 | 173 | 260 | 443 | 691 | 1011 | 1306 | 1459 | 1960 | 1446 | 1248 |
|  |  | 0-9 | 10-14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Молдова  |  7501 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

10. В нашей стране, рост заболеваемости и смертности от рака характерен для большинства административно-территориальных единиц. Самые высокие показатели заболеваемости и смертности от рака зарегистрированы в мун. Кишинэу, в северном регионе страны и в автономно-территориальном образовании Гагаузия (рис. 2).



***Рис. 2.*** *Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в Республике Молдова по регионам развития, на 100 тыс. населения, 2013 год*

11. В 2013 году самыми диагностируемыми раковыми опухолями в Республике Молдова были рак толстого кишечника, молочной железы, легких, желудка, предстательной железы и шейки матки, на долю которых пришлось 51,6% общего числа опухолей. Последние 20 лет отмечается тенденция к постоянному росту заболеваемости раком толстого кишечника, а начиная с 2008 года, данная заболеваемость вышла на первое место среди новых диагностированных случаев. В 2013 году зарегистрировано 1013 новых случаев рака толстой кишки, что составило 12% в общей структуре заболеваемости раком.

12. Рак молочной железы является самым распространенным заболеванием, диагностированным у женщин. Так, заболеваемость раком грудной железы в 2013 году составила 969 новых случаев, или 22,1% в общей структуре онкологических заболеваний женского населения. Заболеваемость раком толстого кишечника находится на втором месте. Заболеваемость раком толстого кишечника занимает третье место среди новых зарегистрированных случаев у женщин и первое место среди случаев рака у женщин в возрасте 15-44 лет. Это явление оказывает негативное влияние на репродуктивную функцию женщин, а также усложняет социальные и экономические условия жизни.

13. Самые частые случаи смерти от рака в Республике Молдова в 2013 году были вызваны раком легких, прямой кишки, печени, молочной железы и желудка, которые составили в целом 56,4% общего числа смертельных исходов от рака. Рак легких и толстой кишки являются самой частой причиной смертности среди мужчин, а среди женщин самыми распространенными причинами смерти являются рак молочной железы (около 20% смертей), толстой кишки и легких. Рак шейки матки занимает четвертое место в структуре смертности у женщин.

14. Главной причиной высокой смертности от рака в Республике Молдова является обнаружение заболевания на поздних стадиях, что отрицательно сказывается и на уровне выживаемости. В 2013 году 50,7% больных раком пациентов были выявлены на поздних (III-IV) стадиях заболевания. Вызывают тревогу случаи обнаружения рака, которые могли быть выявлены на ранних стадиях развития путем проведения скрининга или раннего диагностирования: рака толстой кишки – 60%, рака шейки матки – 56,6% и рака молочной железы – 32,4%. В Республике Молдова, доля случаев позднего выявления рака молочной железы, по сравнению с аналогичным показателем в европейских странах, намного значительнее. А в некоторых районах этот показатель достигает почти 50%.

15. Основной причиной высокой заболеваемости раком в Республике Молдова следует считать наличие факторов риска в виде курения, злоупотребления алкоголем, неправильного режима питании, а также неблагоприятных факторов внешней среды.

16. Повсеместно в мире табакокурение приводит к летальному исходу примерно в 20% случаев и около 70% случаев летального исхода от рака лечких. В Республике Молдова удельный вес курильщиков в структуре населения составляет 25,3%, в том числе среди мужчин – 43,6%, среди женщин - 5,6%, при этом наблюдается существенный рост числа курильщиков в группах молодого возраста, как среди мужчин, так и среди женщин.

17. Факторы риска, обусловленные жирной пищей, сахаром, недостаточным потреблением фруктов и овощей, злоупотреблением алкоголем, в сочетании с низкой физической активностью, становятся косвенной причиной более 30% случаев смерти в результате рака желудочно-кишечного тракта, молочной железы и простаты. В Республике Молдова 66,6% населения потребляют менее 5 порций фруктов и/или овощей в день. В 2008-2010 годы потребление алкогольных напитков составило 16,8 литра на человека (в структуре населения старше 15 лет), что на 3 литра больше по сравнению с потреблением в 2003-2005 годы.

18. Непомерно высокие показатели веса и тучности являются прямым следствием нездорового питания и физической пассивности. Согласно оценкам, низкая физическая активность в 21-25 % случаев является причиной рака молочной железы и толстого кишечника. В Республике Молдова каждый десятый житель не занимается регулярными физическими упражнениями, 56% населения страдают избыточным весом и 23% - ожирением (мужчин - 18% и женщин - 28,5%).

19. Вирусные заболевания, в том числе гепатит В и С (HBV и HCV), а также инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (HPV) являются причиной 20% случаев смерти от рака в странах с малыми и средними доходами. В Республике Молдова заболеваемость хроническими гепатитами и циррозом печени снизилась в последние годы с 341,9 случаев на 100 тыс. населения в 2010 году до 224,0 случаев в 2014 году, хотя все еще остается достаточно высокой.

20. Другим важным фактором риска заболевания раком в Республике Молдова является высокий фон ультрафиолетового излучения.

**Доступ, качество и стоимость услуг**

21. Эпидемиологическая ситуация, обусловленная раковыми заболеваниями, определяется доступностью, качеством и стоимостью противораковых услуг. Что касается услуг скрининга в Республике Молдова, то они не определены достаточно четко и предоставляются неоднородно, с территориальной точки зрения. Так, в июне 2011 года был начат скрининг шейки матки в некоторых районах страны, осуществляемый в учреждениях первичной медицинской помощи.

22. Для обеспечения доступа к услугам скрининга рака толстого кишечника в районах в 2015 году приобретены 33 колоноскопа, был создан и обеспечен оборудованием Центр скрининговой колоноскопии в Институте онкологии. Однако в отсутствие квалифицированного персонала, как на уровне учреждения, так и в территории, а также видения организации и координирования этих услуг скрининговая колоноскопия не проводится.

23. Услуги кольпоскопии в Республике Молдова ограничены, а во многих районах страны и вовсе отсутствуют. Только одна из трех женщин, диагностированных с патологиями, проходит кольпоскопию и последующее лечение. Одним из существенных обстоятельств этой ситуации является то, что доступное медицинское оборудование не используется по причине отсутствия квалифицированного и подготовленного для проведения кольпоскопии персонала.

24. Пациенты из Республики Молдова не располагают достаточным доступом к услугам диагностирования с применением стандартных ядерных технологий, не имеют доступа к современным ядерным технологиям. Таким образом, часто пациенты выезжают за рубежом для диагностики за свой счет и не прибегают к средствам, предоставляемым Министерством здравоохранения. В настоящее время система здравоохранения Республики Молдова не располагает мощностями для определения локализации сторожевого лимфатического узла в твердых опухолях с повышенным риском лимфатического распространения и техникой диагностирования нейроэндокринных опухолей. В обоих случаях результат тестирования определяет выбор лечения.

25. Доступ к эффективной терапии и применение принципа клинического многостороннего подхода к менеджменту пациентов с раком практически отсутствует. Неразвитая инфраструктура и недостаточное финансирование, отсутствие современного медицинского оборудования и недостаточное количество квалифицированного медицинского персонала не способствует улучшению результатов лечения рака. Несмотря на высокий уровень заболеваемости и смертности от рака в регионах/районах республики, существует лишь одно учреждение, Институт онкологии, оказывающее специализированную онкологическую помощь населению. Так, ежегодно около 9 тысяч первичных больных получают лечение в данном учреждении, не считая пациентов, диагностированных в предыдущие годы. Наличие единственного учреждения, способного предоставлять специализированные услуги, ведет к огромным дополнительным социальным расходам, бремя которых несут пациенты и их семьи (транспорт), которые не обеспечивают реализацию принципа приближения помощи к пациенту.

26. Согласно международным стандартам, для обеспечения эффективного лечения 60% вновь диагностированных пациентов, должны получать системное лечение, что составит около 5300 пациентов- получателей услуг. Онкологический институт лечит ежегодно 2500-3000 больных, то есть только около 60% лиц, нуждающихся в системном лечении. Это количество удваивают пациенты, получающие лечение в отделениях химиотерапии и онкогематологии, диагностированные ранее. Аналогичная ситуация отмечается и в предоставлении услуг радиотерапии. Доля использования лучевой терапии в 2013 году в Молдове составила 40%, что на 20% меньше того, что предусматривают международные рекомендации. Из 8400 больных, диагностированных раком, только 3354 получили радиотерапевтическое лечение, что на 1867 пациентов меньше показателя международных стандартов.

27. Доступ к медикаментам обеспечивается применением рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, которая предлагает Перечень основных лекарственных средств, включающий лекарства-генерики, гарантирующие повышение выживаемости при раке, по относительно невысоким ценам, но содержащий и непатентованные лекарства. В Молдове Национальный перечень основных лекарственных средств включает больше наименований медикаментов по сравнению с перечнем Всемирной организации здравоохранения. Однако препятствием для доступа к этим медикаментам является то обстоятельство, что еще многие пациенты не обслуживаются согласно современным стандартам и протоколам лечения в силу различных причин: недостаточная стабильность в обеспечении необходимыми противоопухолевыми медикаментами; ограниченный доступ к современным онкологическим препаратам; отсутствие или дефицит оборудования и условий для подготовки и применения химиотерапии.

28. Из общего числа пациентов раком, получающих лечение, 49% лечатся после хирургического вмешательства; 40% – после радиотерапии; 11% – после системного лечения химиотерапия/гормонотерапия/ иммунотерапия.

29. Пациенты из Республики Молдова не имеют доступа к лечению радиоактивными изотопами. Специфическое раздельное лечение рака щитовидной железы (папиллярного и фолликулярного) радиоактивным йодом (I131) недоступно. В стране ежегодно регистрируется 334 новых случая рака щитовидной железы дифференцированных форм, а лечение этих больных за границей обходится в 800-2500 долларов США, плюс расходы на транспорт, проживание, что ложится тяжелым бременем на родственников больного. Аналогичным образом складывается ситуация с паллиативным лечением больных с метастазами рака в кости и выраженным болевым синдромом при помощи радиоактивного стронция (Sr89), которое в нашей стране недоступно.

30. Доступ к паллиативному уходу в Молдове остается пока ограниченным. В настоящее время насчитываются три учреждения с койко-местами (одно в публичной больнице и два - в организациях гражданского общества), которые предоставляют паллиативные услуги, команда по паллиативному уходу действует в больнице и в семи неправительственных организациях, предметом деятельности которых является паллиативный уход. Дополнительно организованы койки для паллиативного ухода в 36 районных больницах (около семи койко-мест в каждой районной больнице) под руководством врачей общей практики, не получивших должного обучения по предоставлению услуг паллиативного ухода. Большинство паллиативных мероприятий осуществляется неправительственными организациями, а существенная часть их финансирования обеспечивается из внешних источников, в том числе частных. Тем не менее, покрытие услугами паллиативного ухода не гарантирует доступ населению, которому необходимы данные услуги. В настоящее время паллиативные услуги сосредоточены в нескольких крупных городах. Расходы на предоставление подобного ухода намного больше, чем ресурсы, выделяемые на их покрытие.

**Предоставление услуг, финансирование и осуществление противоракового контроля**

31. Предоставление услуг по диагностике и лечению рака, как уже отмечалось, осуществляется преимущественно Институтом онкологии. Однако даже Институт онкологии не располагает аппаратурой и современными технологиями в соответствии со стандартами, а также достаточными квалифицированными кадрами для предоставления качественных услуг всем больным злокачественными заболеваниями в стране, и не может служить центром развития способностей всех специалистов в области онкологии.

32. Хирургическое лечения пациентов с раковыми заболеваниями осуществляется преимущественно в Институте онкологии, где выявлены следующие препятствия в деле предоставления качественного хирургического лечения: отсутствие/дефицит медицинского оборудования для диагностики и лечения пациентов, исключающего или ограничивающего совершение ошибок, отсутствие оборудования, обеспечивающего высокие стандарты интраоперационного изображения, отсутствие/дефицит устройств, гарантирующих адекватную стерилизацию материала и инструментов. Данное положение находится в процессе частичного улучшения за счет помощи, предоставленной Правительством Японии в рамках проекта «Улучшение медицинских услуг в Республике Молдова».

33. Отсутствие инвестиций в службу рентгенографической диагностики привело к изношенности этой технологии в Республике Молдова, которая на мировом уровне является стандартом. Следует отметить, что Институт онкологии оснащен только аппаратурой для обычных исследований и не располагает оборудованием для исследований компьютерной томографии и ядерного магнитного резонанса.

# 34. Как и многие страны с малым и средним уровнем доходов, Республика Молдова не соответствует условиям международных рекомендаций по качеству и количеству оборудования для радиотерапии. Согласно оценкам Международного агентства по атомной энергии, в Республике Молдова в настоящее время, с учетом создавшейся онкологической эпидемиологической ситуации, должны функционировать 7 линеарных ускорителей, тогда как доступен всего один (к 2020 году потребность в ускорителях составит уже 9 единиц).

35. Организация цитоморфологических услуг низкая. Из 12 цитологических лабораторий в настоящее время функционируют только 7, но и они располагают устаревшим оборудованием при явном дефиците человеческих ресурсов, что отрицательно сказывается на результатах проводимого скрининга в силу большого количества ложнопозитивных и ложнонегативных результатов.

36. В Республике Молдова, цитологические услуги не соответствуют международным стандартам, они предоставляются неадекватно в силу отсутствия возможностей (квалифицированного персонала).

37. Многие районные больницы не располагают функциональными гистопатологическими лабораториями (Анений Ной, Яловень, Стрэшень, Чимишлия, Унгень, Криулень), а некоторые работающие лаборатории не располагают адекватными условиями для проведения этих исследований (Флорешть, Единец, Хынчешть, Кэлэрашь, Орхей, Глодень, Штефан Водэ). Нет гистопатологических отделений и лабораторий в 10 районах страны. В настоящее время из 31 департамента патологии, которые функционируют в районных больницах, только 16 располагают гистопатологическими лабораториями. Таким образом, из-за отсутствия гистопатологических лабораторий все постоперационные пробы подвергаются только морфологическому изучению (макроскопическое описание без микроскопического изучения), что приводит к диагностическим ошибкам и, соответственно, неадекватному лечению. На сегодняшний день только департамент гистопатоморфологии Института онкологии располагает современным оборудованием, однако для беспрепятственного применения методов диагностики, как, например, иммуногистохимическое определение опухолевых маркеров, необходимо постоянное снабжение реактивами и расходными материалами.

38. Финансирование услуг, предоставляемых пациентам с раком, обеспечивается из средств фондов обязательного медицинского страхования, которые представляют собственные ресурсы, полученные в соответствии с действующим законодательством, согласно договорам, заключенным с Национальной компанией медицинского страхования, в пределах имеющихся средств.

39. Препятствием в предоставлении услуг противоракового контроля в Республике Молдова является дефицит специализированного медицинского персонала и ограниченный доступ специалистов в данной области к обучению в части применения современных технологий. В стране ощущается нехватка специалистов в ядерной медицине, радиофармацевтов, медиков-физиков и технологов. В настоящее время около 40% специалистов, практикующих в этой области, являются пенсионерами. Онкологическая хирургия, медикаментозная онкология и радиотерапия онкологических заболеваний признаны как медицинские специальности, однако программы обучения в этих облфстях не соответствуют международным стандартам. На протяжении последних трех лет не зарегистрирована подача заявлений на включение в текущую программу резиденциата. А те резиденты, которые завершили резиденциат по данной специальности, отказываются работать в районах по экономическим соображениям, не говоря уже о том, что полученные навыки не могут быть применены на уровне районных больниц по техническим причинам. Не обеспечивается достаточное обучение специалистов уже практикующих в данных областях, а также в онкогематологии и педиатрической онкологии.

40. Медицинский персонал в хирургии, в частности молодые хирурги, имеют ограниченный доступ к обучению в высокоспециализированных центрах, что обеспечит доступ к международным стандартам диагностики и лечения.

41. В области рентгеновской диагностики большинство действующих специалистов в стране достигли пенсионного возраста.В Институте онкологии в настоящее время работают 8 врачей-рентгенологов и 6 техников-рентгенологов, тогда как требуются 22 врача и 22 техника-радиолога.

42. Численность медицинского персонала в сфере радиотерапии: врачей-рентгенотерапевтов, врачей-физиков, дозиметристов, техников-рентгенологов далека от соответствия международным нормам. Из этих соображений, отсутствуют возможности обеспечить доступ к качественной рентгенотерапии для всех пациентов с раком и не могут быть внедрены современные техники рентгенотерапии. Отсутствует утвержденный куррикулум для обучения врачей-рентгенологов, врачей-медиков и техников-рентгенологов. В номенклатуре специальностей отсутствует специальность медицинского физика.

43. Другой существенной проблемой является нехватка медицинского персонала общего профиля в патологии и переквалифицированных в онко-морфопатологии. К тому же, врачи общей практики не заинтересованы в патологии как специальности, а посему не применяются для Программы резидентуры по этой специальности.

44. Департамент гистопатоморфологии Института онкологии, в качестве Национального справочного центра, не располагает возможностями для обучения адекватным образом специалистов, которые могли бы работать в региональных лабораториях. Аналогичная ситуация отмечается и в цитологической лаборатории и генетики Института онкологии по причине отсутствия снаряжения, реактивов, а квалифицированный персонал не справляется с требованиями департамента гематологии.

45. На уровне первичной медицинской помощи, отсутствует медицинский персонал, осуществляющий паллиативный уход. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, в Республике Молдова, исходя из сложившейся онкологической эпидемиологической ситуации, должны работать 143 врача и 684 медицинские сестры, тогда как в настоящее время в стране осуществляют деятельность лишь 20 специалистов в данной области. Они получили образование за рубежом и, по состоянию на сегодняшний день, не сертифицированы в нашей стране. Паллиативный уход не признается как специальность или подспециальность.

46. Не существует кооперации (механизма) в сфере паллиативного ухода между медицинскими учреждениями, гражданским обществом и службами социальной защиты для разрешения комплексных проблем онкологических пациентов и проблем, связанных с уходом в конце жизни. Ухаживающий персонал и больные раком не располагают необходимым бесплатным оборудованием по уходу (передвижные туалеты, коляски на роликах, оборудование для фиксации при переломах, бандаж при пролежнях и т.д.).

47. В Республике Молдова для снятия болей при раке не доступны формулярные списки пероральных медикаментов-опиоидов для взрослых и детей, которые являются мировым «золотым стандартом». Доступ к основным опиоидам при болевом синдроме у онкологических больных ограничен, обеспечивается с перерывами и не достаточен, а нынешние положения о доступности опиоидов покрывают потребности человека в морфине в 6 раз меньше среднеевропейского уровня. Оценка потребностей в централизованном приобретении опиоидов не определена с необходимой четкостью.

48. Услуги по реабилитации для раковых больных и лиц, переживших этап лечения, являются недостаточно развитые. Единственная специализированная услуга по реабилитации онкологических больных предоставляется в Институте онкологии, который охватывает данным видом услуг около 1700 больных в год. Потребности в реабилитационных услугах после рака и в психологической поддержке на национальном уровне не оценены и не определены.

49. Информационная система противоракового контроля обеспечена Канцер-регистром, созданным в 1980 году под эгидой Института онкологии. В настоящее время он представляет собой систему сбора и хранения данных в регистрах на бумажном носителе и с использованием программы MS Eхсel. Возможность анализа данных из Канцер-регистра очень ограничена.

50. Канцер-регистр не обеспечен персоналом согласно рекомендациям Международного агентства по изучению рака (IARC) и европейских стандартов, способым подготавливать отчеты, эпидемиологические анализы и публиковать данные. Отсутствует последовательная программа обучения персонала Канцер-регистра и программы обучения для профессиональных специалистов в районах.

51. Одним из главных препятствий в деле улучшения качества функционирования Канцер-регистра является отсутствие нормативной базы для регистрации и хранения данных о раковых заболеваниях. Не разработана и не утверждена стандартная форма отчетности о первичном выявлении рака. Поступающие данные являются неполными, а частные поставщики медицинских услуг не отчитываются относительно вновь выявленных случаев рака. Действующий Регламент об обязательной регистрации новых случаев рака, выявленных всеми поставщиками медицинских услуг устарел и не содержит четкого определения сфер ответственности.

52. Проблемы и препятствия, которыми отмечен противораковый контроль в Республике Молдова обусловлены нынешним механизмом административного управлением. Согласно действующим нормативным документам, органом, ответственным за разработку политики в области здравоохранения, соответственно, за противораковый контроль, является Министерство здравоохранения. Однако трудность заключается в том, что в настоящее время не создан и, следовательно, не функционирует механизм/координационный совет, ответственный за мониторинг и оценку внедрения государственных мер противоракового контроля. Отсутствие подобного совета усложняет мониторинг предупреждения/сокращения факторов риска (ответственными лицами являются представители публичного здравоохранения), координации скриннинговых программ и действий различных поставщиков, публичных и частных, услуг первичной и стационарной медицинской помощи, услуг социальной помощи, действий других центральных и местных публичных органов. В отсутствие подобного механизма согласования, куда проще, чтобы ответственные учреждения не несли ответственности за недостижение конкретных результатов (сокращение потребления алкоголя и курения, проведение скрининга и раннее выявление рака, организация паллиативных услуг и др.)

53. Чтобы снизить бремя онкологических заболеваний в Республике Молдова, улучшить предупреждение и противораковый контроль, были установлены следующие конкретные меры и задачи.

**III. Задачи программы**

**54. Общая задача:** Снижение смертности от рака на 7% к 2025 году.

**55. Особые задачи:**

1. Снижение на 10 % к 2025 году заболеваемости раком легких, кожи, желудка, печени, простаты, толстого кишечника, шейки матки и молочной железы путем контроля факторов поведенческого риска (курение, употребление алкоголя, питание, физическая активность), а также, посредством вакцинации.

2. Повышение на 25% доли раннего выявления рака (I-II стадии) в Республике Молдова до 2025 года.

3. Обеспечение доступа не менее 80% пациентов с раковыми заболеваниями к качественным услугам по диагностике, непрерывному лечению и уходу до 2025 года.

4. Развитие услуг паллиативной помощи, реабилитации и обеспечения доступа онкологических пациентов к этим услугам.

5. Улучшение и обеспечение функционирования Канцер-регистра в соответствии с рекомендациями Международного агентства по изучению рака.

**IV. Направления действий по реализации задач**

56. Программа устанавливает следующие основные направления действий для выполнения идентифицированных задач.

**Особая задача 1. Снижение на 10 % до 2025 года заболеваемости раком легких, кожи, желудка, печени, простаты, толстого кишечника, шейки матки и молочной железы путем контроля над факторами поведенческого риска (курение, употребление алкоголя, питание, физическая активность) и, посредством вакцинации.**

Научные наблюдения показали, что заболеваемость в трети случаев может быть снижена за счет сокращения или устранения факторов риска, таких как курение, злоупотребление алкоголем, потребление «нездоровой» пищи, низкая физическая активность, избыточный вес и ожирение, избыточная инсоляция, то есть факторов, определяющих образ жизни.

 **Действия:**

1. Улучшение контроля над основными факторами риска и снижение их влияния на население привели к разработке и внедрению Правительством национальных программ по контролю над табаком, алкоголем, в области питания и рациона питания. Так, в рамках настоящей Программы будут осуществляться, совместно со специалистами Национального центра общественного здоровья, мероприятия по мониторингу снижения факторов поведенческого риска, предусмотренных уже в указанных национальных программах.

2. Введение в действие посредством настоящей Программы специальных мероприятий по контролю и мониторингу факторов риска, которые ранее не были затронуты в системном порядке, таких как подверженность солнечным лучам; факторы окружающей среды: загрязнение воздуха, почвы и др.

3. Вакцинация, как экономически эффективный метод предупреждения рака, применяется в Республике Молдова. Вакцина HBV с целью профилактики рака печени была включена и применяется в рамках Национальной программы иммунизации на 2011-2015 годы, утвержденной Постановлением Правительства №1192 от 23 декабря 2010 г., однако вакцина HРV не включена в Национальную программу иммунизации. Таким образом, настоящая Программа призвана развить и внедрить технико-экономическое обоснование включения вакцины HBV в Национальную программу иммунизации.

4. Коммуникация, информирование и обучение широкой общественности и всех поставщиков услуг здравоохранения относительно мер по предупреждению рака. Эти действия носят противоречивый характер приводятся данные, свидетельствующие о том, что сообщение, информирование и воспитание широкой общественности являются более эффективными мерами при наименьших затратах, однако, Европейский кодекс против рака обосновал и рекомендует проведение этих мер как среди населения, так и среди медицинского персонала различных уровней.

Для мониторинга выполнения данной задачи, установлены следующие показатели:

1) заболеваемость раком легкого на 100 тыс. населения (мужчины/женщины; городское/сельское население);

1. заболеваемость раком шейки матки на 100 тыс. населения (женщины; городское/сельское население);

3) заболеваемость раком толстого кишечника на 100 тыс. населения (мужчины/женщины; городское/сельское население);

4) заболеваемость раком молочной железы на 100 тыс. населения (женщины; городское/сельское население);

5) заболеваемость раком кожи на 100 тыс. населения (мужчины/женщины; городское/сельское население);

6) заболеваемость раком желудка на 100 тыс. населения (мужчины/женщины; городское /сельское население);

7) заболеваемость раком печени на 100 тыс. населения (мужчины/женщины; городское /сельское население);

8) заболеваемость раком простаты на 100 тыс. населения (городское /сельское население);

9) численность курящих, в % (мужчины/женщины; городское/сельское население);

10) употребление алкоголя лицами на душу населения (старше 15 лет) (мужчины/женщины; городское/сельское население);

11) среднее количество потребляемых ежедневно порций овощей и фруктов (мужчины/женщины; городское/сельское население);

12) уровень вакцинации населения HBV, % (мужчины/женщины; городское/сельское население);

13) уровень вакцинации населения HРV, % (женщины; городское/сельское население).

**Особая задача 2. Повышение уровня раннего выявления ракам**

57. Раннее выявление включает ряд действий:

1) Проведение скрининга для выявления рака шейки матки. Скрининг рекомендован также для рака толстого кишечника, однако его осуществление является очень дорогостоящим. При проведении скрининга молочной железы важно испытывать данные, указывающие на соотношение его преимуществ и рисков. Проведение скрининга для выявления рака шейки матки и толстого кишечника снижает заболеваемость раком шейки матки и толстого кишечника, поскольку позволяет выявить предраковые повреждения и, таким образом, снизить смертность.

2) Раннее диагностирование.

3) Разработка нормативной базы и механизма согласования организации и предоставления услуг по скринингу шейки матки и толстого кишечника, в том числе информационной поддержке. Таким образом, с учетом международных научных рекомендаций и исходя из социально-экономической ситуации в стране, потенциала системы здравоохранения и состояния здоровья населения, предполагается развить и внедрить методику организации и осуществления скрининга рака шейки матки и толстого кишечника, услуг по раннему выявлению рака молочной железы. В рамках Программы будет разработан национальный стандарт по операционным процедурам скрининга рака толстого кишечника.

4) Программа учтет опыт и результаты реализации Плана внедрения скрининга рака шейки матки на 2014-2015 годы, которым предусмотрен 3-летний интервал для осмотра/повторного осмотра женщин без выявленной патологии в возрасте от 25 лет до 61 года, контроль качества проведенного скрининга и механизм надзора и обеспечения завершения диагностики всех женщин с позитивным тестом, а также соответствующее лечение.

5) Укрепление способностей медицинских работников, участвующих в предоставлении скрининговых услуг по выявлению рака шейки матки и толстого кишечника и раннего выявления рака молочной железы. В частности, особое внимание будет уделено развитию потенциала и навыков медицинского персонала первичной медицинской помощи.

6) Создание региональных центров по осуществлению скрининга рака шейки матки и толстого кишечника и раннему выявлению рака молочной железы в северных и южных зонах страны для обеспечения доступа населения к скрининговым услугам и сокращения их стоимости.

Для мониторинга выполнения данной задачи установлены следующие показатели:

a) удельный вес женщин с выявленным раком шейки матки на I, II, III, IV стадиях, % (село/город);

b) удельный вес больных с выявленным раком толстого кишечника на I, II, III, IV стадиях, % (мужчины/женщины; село/город);

c) удельный вес женщин с выявленным раком молочной железы на I, II, III, IV стадиях, % (город/село);

d) численность медицинского персонала, обученного предоставлять скрининговые услуги, процент медицинского персонала первичной медицинской помощи;

e) число региональных центров для проведения скрининга по выявлению рака шейки матки и толстого кишечника и раннего выявления рака молочной железы.

**Особая задача 3. Обеспечение доступа не менее 80% пациентов с раковыми заболеваниями в Республике Молдова к качественным услугам по диагностике, непрерывному лечению и уходу до 2025 года**

58. Доступность и качество услуг по диагностике, непрерывному лечению и уходу сокращает смертность от рака. Опыт стран со схожими с Республикой Молдова социально-экономическими условиями указывает на то, что около 60% больных раком нуждаются в системном лечении (химио-,гормоно-,иммунотерапия), аналогичное количество больных нуждается в хирургическом лечении и около 50% больных - в радиотерапии. В большинстве случаев пациенты нуждаются в комбинированном лечении.

**Действия**:

1. Усиление возможностей, эффективности и улучшение качества онкологической помощи на национальном уровне для обеспечения эффективности и равноправия в предоставлении услуг. Для решения этой задачи будет создана рабочая группа из признанных специалистов в различных областях диагностики и лечения злокачественных опухолей, специалистов в общественном здравоохранении, социальных работников и экономистов, которые проведут оценку возможностей, потребностей и слабых мест службы диагностирования и лечения рака, пересмотрят систему финансирования службы и оценку стоимости лечения одного больного на основании утвержденных клинических протоколов, как при амбулаторном лечении, так и стационарном. Будет пересмотрена система организации онкологической помощи на национальном уровне, включая Институт онкологии с точки зрения доступа к услугам населения различных географических зон и удовлетваренности пациентов.

2. Разработка и внедрение программ обеспечения качества хирургических услуг, услуг медицинской онкологии и радиотерапии. Для выполнения данной задачи предполагается создание технического комитета по контролю качества диагностики и лечения больных раком, который будет утверждать стандартные процедуры диагностирования и лечения пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе радиотерапевтических, проводить периодический аудит процедур диагностирования и лечения рака, разработает национальный перечень основных онкологических лекарственных средств, будет разрабатывать и представлять на утверждение Министерству здравоохранения предложения по улучшению закупок лекарств для больных раком.

3. Оснащение медицинским оборудованием, обеспечение персоналом и улучшение функционирования Института онкологии с целью усиления его потенциала и назначения в качестве Национального справочного онкологического центра в Республике Молдова. С 2013 года Республика Молдова совместно с Правительством Японии внедряет проект «Улучшение медицинских услуг в Республике Молдова», который направлен на оснащение 5 медицинских учреждений третьего уровня современным медицинским оборудованием, стороной которого является Институт онкологии. Предоставленная помощь повысит возможности диагностики и лечения онкологических больных в стране, хотя и не может полностью решить все проблемы, с которыми сталкивается Институт онкологии, а потребность в медицинском оборудовании повсеместно в стране не будет полностью покрыта.

4. Развитие национальной онкологической сети является важнейшим направлением и требует внедрения в Республике Молдова для обеспечения доступа населения регионов к услугам по диагностике, лечению и постоянному уходу. Это предполагает установление компетенций по организации и предоставлению онкологических услуг на разных уровнях: первичном, вторичном и третичном.

5. Пересмотр учебных программ (куррикулумов) по онкологическим специальностям: хирургическая онкология, медикаментозная терапия и радиотерапия; развитие и внедрение учебной программы в области противоракового контроля для специалистов первичной медицинской помощи, повышение значимости научно-исследовательской деятельности во всех сферах контроля над развитием рака, согласно международным стандартам, с учетом доступных ресурсов и национального контекста.

Для мониторинга выполнения данной задачи, установлены следующие показатели:

1) рабочая группа по оценке возможностей, потребностей и недостатков в созданной службе диагностики и лечения;

2) технический комитет по контролю над качеством диагностических и лечебных процедур;

3) Национальный онкологический справочный центр в Республике Молдова;

4) уровень оснащения онкологической службы необходимым медицинским оборудованием, %;

5) уровень укомплектованности онкологической службы кадрами, % (муниципий/район);

6) развитая национальная онкологическая сеть;

7) количество пересмотренных/разработанных учебных программ;

8) количество подготовленных специалистов в онкологии;

9) уровень выживаемости при раке толстого кишечника, молочной железы, в детской онкологии, % (мужчины/женщины; город/село);

10) уровень удовлетворенности пациентов, на основании популяционных исследований;

11) количество проведенных научных исследований;

12) количество опубликованных работ по результатам научных исследований на национальном и международном уровне.

**Особая задача 4. Развитие паллиативных и реабилитационных услуг и обеспечение доступа к ним**

**Действия:**

1. Обеспечение достойных условий по уходу за онкологическими пациентами на терминальных стадиях является фундаментальным и в рамках Программы должен быть развит и обеспечен доступ таких пациентов к полноценному паллиативному уходу и к реабилитационным услугам.

2. Расширение доступа пациентов к мультидисциплинарным услугам по качественному паллиативному уходу путем развития соответствующих услуг в территориях, обеспечение доступа к специализированному оборудованию и основным медикаментам для снятия болевого синдрома и для паллиативного ухода в соответствии с международными стандартами, развитие компетенций по контролю над болью и паллиативному уходу, системы реабилитации для пациентов с раковыми заболеваниями и тех, которые пережили его.

3. Для обеспечения службы паллиативного ухода медицинским персоналом необходимо данную профессию ввести в Классификатор занятий страны, а специалистов, подготовленных за рубежом, ˗ сертифицировать.

4. Развитие и внедрение механизма сотрудничества в области паллиативного ухода между медицинскими учреждениями, гражданским обществом и службами социальной помощи обеспечит решение комплексных проблем онкологических пациентов.

Для мониторинга выполнения данной задачи, установлены следующие показатели:

1) удельный вес онкологических пациентов, получивших паллиативное лечение из числа нуждавшихся в нем, % (город/село);

2) уровень обеспечения необходимым оборудованием для паллиативного ухода, %;

3) уровень обеспечения основными лекарственными препаратами от боли, %;

4) уровень обеспеченности медицинским персоналом (врачи/медицинские сестры), %;

5) механизм сотрудничества в области паллиативного ухода между медицинскими учреждениями, гражданским обществом и службами социального обеспечения, % районов.

**Особая задача 5. Обеспечение функционирования Канцер-регистра в соответствии с рекомендациями Международного агентства по изучению рака**

59. Доступность хороших и качественных данных является основополагающей для планирования мероприятий противоракового контроля. Они обеспечивают мониторинг и оценку мероприятий и вмешательств в рамках противоракового контроля: по предупреждению, раннему выявлению и лечению. В этом плане Канцер-регистр является основным источником данных. Они должны быть качественными и достоверными.

**Действия**:

1. Разработка в рамках программы законодательной базы функционирования Канцер-регистра, описываюшей структуру Регистра, вовлеченных участников и их задачи, процедуры по регистрации согласно рекомендациями и указаниям Международного агентства по изучению рака .

2. Автоматизация Канцер-регистра и обеспечение его межоперабельности с другими информационными системами: Национальным центром менеджмента в здравоохранении, Национальной компании медицинского страхования, Автоматизированной информационной системой «Первичная медицинская помощь» и др.

3. Обеспечение Канцер-регистра человеческими ресурсами и развитие их способностей является основополагающей для получения качественных данных.

Для мониторинга выполнения данной задачи установлены следующие показатели:

1) положение о Канцер-регистре, разработанное и утвержденное;

2) Автоматизированная информационная система «Канцер-Регистр», доработанная и внедренная.

3) уровень обеспечения персоналом Канцер-регистра, % .

**V. Предполагаемые результаты**

60. Программа является документом публичной политики на долгосрочный период-10 лет, разработанный и подлежащий внедрению для улучшения здоровья населения через сокращение заболеваемости и смертности. Эта задача может быть решена за счет усиления противоракового контроля в Республике Молдова на всех его уровнях: предупреждение факторов риска, раннее выявление заболевания, обеспечение доступа к качественным услугам по диагностике, лечению и уходу, в том числе паллиативному, с использованием современной системы оценки и мониторинга на основании качественных статистических данных.

61. Результаты, ожидаемые вследствие внедрения Программы к 2025 году:

1) сокращение на 10% до 2025 года заболеваемости следующими видами рака: легких, шейки матки и прямой кишки;

2) повышение на 25% доли раннего выявления рака шейки матки, прямой кишки и молочной железы (стадии I и II);

3) обеспечение доступа не менее 80% пациентов с раком к качественным услугам по диагностике, лечению и паллиативному уходу;

4) услуги паллиативной помощи доступны во всех административно-территориальных единицах и предоставляются пациентам исходя из потребностей;

5) функциональность Канцер-регистр согласно рекомендациям Международного агентства по изучению рака.

62. Достижение этих результатов предполагает привлечение центральных органов власти к обеспечению внедрения мероприятий, установленных в настоящей Программе, с целью снижения обусловленного раком бремени, обеспечения эффективного менеджмента использования кадровых, финансовых, информационных, административных ресурсов, что обеспечит организацию услуг здравоохранения, нацеленных на потребности населения и пациента. Является существенным вовлечение профессиональных ассоциаций в данной области, организаций гражданского общества, органов местного публичного управления, сообщества и семьи. Для обеспечения достижения предполагаемых результатов является существенным сотрудничество с международными партнерами по развитию, в перспективе как предоставления технической помощи, так и привлечения инвестиций для развития и укрепления онкологической службы в стране.

**VI. Показатели мониторинга внедрения Программы**

63. Мониторинг и оценка настоящей Программы будет осуществляться на основании следующих мониторинга показателей на национальном и территориальном уровне:

1) смертность от рака на 100 тыс. населения (женщины/мужчины; село/город);

2) смертность от рака легкого на 100 тыс. населения (женщины/мужчины; село/город);

3) смертность от рака толстого кишечника на 100 тыс. населения (женщины/мужчины; село/город);

4) смертность от рака шейки матки на 100 тыс. населения (женщины; село/город);

5) смертность от рака молочной железы на 100 тыс. населения (женщины; село/город);

6) заболеваемость раком легкого на 100 тыс. населения (женщины/мужчины; село/город);

7) заболеваемость раком шейки матки на 100 тыс. населения (женщины; село/город);

8) заболеваемость раком толстого кишечника на 100 тыс. населения (мужчины/женщины; городское/сельское население);

9) удельный вес женщин с выявленным раком шейки матки на I, II, III, IV стадиях, % (село/город);

10) удельный вес больных с выявленным раком толстого кишечника на I, II, III, IV стадиях, % (мужчины/женщины; село/город);

11) удельный вес женщин с выявленным раком молочной железы на I, II, III, IV стадиях, % (город/село);

12) уровень оснащения онкологической службы медицинским оборудованием, % (муниципии /районы);

13) уровень обеспеченности онкологической службы медицинскими кадрами: хирурги-онкологи, онкологи-терапевты, радиотерапевты, % (муниципии, районы);

14) удельный вес онкологических пациентов, получивших паллиативное лечение из числа нуждавшихся в нем, % (муниципии, районы)

15) функциональная автоматизированная информационная система «Канцер-регистр»;

16) количество опубликованных/представленных в рамках национальных и международных научных мероприятий результатов научных исследований.

**VII. Общая оценка расходов**

64. Общая оценка расходов по внедрению Плана действий на 2016-2020 годы по внедрению настоящей Программы была осуществлена на основании приоритетов и определенных мероприятий. Так, оценочная стоимость Плана действий на 2016-2020 годы составляет 1.645,8 тыс. леев и соотнесена с периодом внедрения Программы, исходя из объемов имеющихся ассигнований для компонентов национального публичного бюджета.

65. В 2019 году будет разработан План действий на 2021-2025 годы по внедрению настоящей Программы и, соответственно, будет определена стоимость его внедрения.

**VIII. Риск в процессе внедрения**

66. В реализации настоящей Программы были выявлены следующие препятствия и меры по их устранению:

1) ограниченные финансовые и человеческие возможности, что предполагает жесткий мониторинг и оценку внедрения обязательств, установленных в Программе, которые обеспечат сокращение смертности от рака;

2) недостаточное обеспечение медицинским персоналом на этапе противоракового контроля, в частности на уровне районов. Это обстоятельство можно изменить путем распределения молодых специалистов в территории и установления единого механизма ответственности в связи с работой в районе по месту распределения;

3) сохранение высокого уровня поведенческого риска: злоупотребление алкоголем, курение, неправильное питание, недостаточная физическая активность, влияние неблагоприятных факторов среды, что может быть преодолено разработкой и применением механизмов межсекторального взаимодействия местных и центральных компетентных органов и органов местного публичного управления.

67. Риски будут оценены и прослежены на всем протяжении реализации Программы и будут приложены усилия для снижения последствий, в пределах компетенций.

**IX. Процедуры мониторинга, оценки и отчетности**

68. Мониторинг и оценка Программы осуществляется Министерством здравоохранения, согласно Национальному плану мониторинга и оценки Программы посредством учреждения, координирующего Национальную программу – Публичного медико-санитарного учреждения Институт онкологии, который призван будет осуществлять мониторинг внедрения Программы, Плана действий по ее реализации, решений и рекомендаций, предложенных Советом для внедрения.

69. Учреждение, координирующее Национальную программу, составит годовой отчет о прогрессе Программы, который будет основан на показателях и задачах, содержащихся в Программе и в плане действий.

70. Отчет о мониторинге внедрения будет представляться Министерству здравоохранения, ответственному за представление его Правительству, до 31 марта.

71. Национальная Программа будет внедряться в два этапа: первый этап охватит период 2016-2021 годов; II этап – период 2021-2025 годов.

72. В 2020 годы будет проведена оценка внедрения Программы в среднесрочном периоде и Плана действий. Процедура оценки будет осуществляться совместно с координирующим учреждением под эгидой Министерства здравоохранения. На основании результатов оценки по истечении половины срока будет разработан проект Плана действий на 2021-2025 годы. В 2025 году будет выполнена окончательная оценка внедрения Программы. Прамежуточный и окончательный оценочные отчеты о внедрении Программы будут представлены Правительству.

**Х. Органы, ответственные за внедрение**

73. Органом, ответственным за внедрение настоящей Программы является Министерство здравоохранения. Другие центральные органы власти-партнеры по внедрению Программы: Министерство сельского хозяйства и пищевой промышленности, Министерство окружающей среды, Министерство экономики, Министерство финансов, Министерство труда, социальной защиты и семьи, Министерство просвещения, Национальная компания медицинского страхования, Государственный университет медицины и фармации им. Н.Тестемицану, а также органы местного публичного управления и организации гражданского общества: профессиональные союзы, поставщики услуг, ассоциации пациентов, средства массовой информации.

74. В процессе внедрения настоящей Программы ответственные органы будут сотрудничать с другими органами центральной публичной власти, Академией наук Молдовы, неправительственными организациями, а также с международными партнерами по развитию.

75. Положения настоящей Программы действительны и обязательны как для государственных учреждений, так и для структур частного сектора. Частные медицинские учреждения обязаны неукоснительно соблюдать нормативно-законодательные положения в части противоракового контроля.